

# علایم و ویژگی‌های افکار مزاحم ناخواسته در جمعیت بالینی و غیربالینی

دکتر گیتی شمس

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، بیمارستان روزبه

دکتر مجید صادقی

روان‌پزشک، بیمارستان روزبه

اخیراً بسیاری از روان‌شناسان بالینی و اجتماعی، با مطالعه‌های تجربی و عینی، به اثبات نقش «محتوا و مضمون» انواع افکار در تجارب ذهنی خودآگاه و ارتباط این دو و نیز نقش شیوه تفکر و تجزیه و تحلیل و برداشت فرد از محیط پیرامون در رفتار و هیجان پرداخته‌اند. در فرآیند خودآگاه ذهن افراد سالم، افکار منفی و ناخواسته گاهی با شدت معینی به‌وقوع می‌پیوندند و باعث ایجاد خلق منفی می‌شوند، ولی این افکار مزاحم که گاهی ناخوشایند هم هستند، معمولاً به‌ندرت اتفاق می‌افتند، قابل کنترل‌اند و می‌توانند به‌عنوان یک فکر جان‌نشین مثبت در ذهن افراد سالم ظاهر شوند. وقوع این افکار در جامعه عادی متداول است. شباهت محتوا و مضمون افکار خودآگاه در جامعه بالینی و غیربالینی یکی از موضوع‌های مطرح در ادبیات اختلال‌های روان‌پزشکی (نقش افکار مزاحم و ناخواسته در افسردگی، بی‌خوابی، اضطراب فراگیر، وسواس، اختلال خوردوخوراک، روان‌پریشی‌ها و اختلالات جنسی) است. با توجه به موضوع‌های مطرح‌شده در ارتباط با نقش شناخت به‌عنوان یک عامل ویروسی و بیماری‌زا در اختلال‌های روان‌پزشکی، هدف مقاله تحلیلی حاضر، مرور مطالعه‌های اخیر درباره نقش افکار و فرآیند خودآگاه ذهن در جمعیت بالینی و غیربالینی است. بررسی روند مذکور ما را به شناسایی محتوا و مضمون افکار مزاحم و ناخواسته و ساز و کار شکل‌گیری آنها در جامعه بالینی رهنمون می‌سازد.

\* نشانی تماس: تهران، کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه  
Email: gkshams2000@yahoo.com

کلیدواژه‌ها: افکار مزاحم، خلق، اختلال، بالینی، خودآگاه ذهن

## Characteristics of Unwanted Intrusive Thoughts in Clinical and Nonclinical Population

**Objective:** Recently several clinical and social psychologists, in line with their empirical and objective researches, have stepped toward determining the role of "content" of various thoughts and its relation with "conscious awareness". They also interested on importance of thought strategies, perceptions and the way of individual interpretation on behavior and emotion. Intense negative and unwanted intrusive thoughts may occur in conscious awareness of normal individuals which ultimately can develop negative moods, however these types of intrusive thoughts, which at times may even seems unpleasant, are usually rare, controllable and easily can substitute by positive thoughts. Generally, these intrusive thoughts are common in normal population. At present, one of the most important issues in psychiatric disorders literature (depression, insomnia, generalized anxiety disorders, obsessive compulsive disorders, eating habits, psychoses and sexual behaviors) is study on similarities between content of these thoughts and conscious awareness in clinical and non clinical population. Considering the role of negative cognition issues as a key and pathogenic factor in psychiatric disorders, the aim of this review is to describe the recent developments on the role of thoughts and conscious awareness in clinical and non clinical population. Therefore this review may also lead us to identify content of the unwanted intrusive thought as well as mechanism of its development in clinical population.

**Giti Shams**

Ph.D Psychology, Roozbeh Hospital

**Majid Sadeghi**

M.D. Psychiatry Roozbeh Hospital

**Keywords:** *Intrusive thoughts, anxiety disorders, obsessive compulsive disorders*

Email: gkshams2000@yahoo.com

## مقدمه

## تعریف افکار مزاحم و ناخواسته

جریان تفکر انسان، همیشه در یک مسیر هدفمند، جهت‌مدار و منطقی حرکت نمی‌کند. این جریان طبیعی دائماً با فعالیت‌های شناختاری ناخواسته قطع می‌شود. روند انقطاع ذهنی مذکور باعث هدایت ذهن به مسیری ناخواسته می‌شود و در نتیجه در کارکرد ذهن ناتوانی ایجاد می‌کند و به فعالیت‌های عینی آسیب می‌رساند (ساراسون<sup>۱۵</sup>، پیرز<sup>۱۶</sup>، ساراسون، ۱۹۹۶). برای مثال، عامل یا عواملی که باعث مداخلات شناختاری در فرآیندهای ذهنی می‌شوند، عبارت‌اند از: نگرانی‌ها<sup>۱۷</sup>، توجه‌برگردانی‌ها<sup>۱۸</sup>، سوگیری‌های توجهی<sup>۱۹</sup>، اشکال در حافظه، سرگردانی ذهنی<sup>۲۰</sup>، خیال‌پردازی‌ها<sup>۲۱</sup>، خودتمرکزی<sup>۲۲</sup>، اندیشناکی‌ها<sup>۲۳</sup> و افکار و سواسی (کلونینجر<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۶). این افکار مزاحم و ناخواسته ذهنی از بُعد کارکردی طوری عمل می‌کنند که به راحتی بر فعالیت‌های عینی، اجتماعی و همین‌طور فعالیت‌های فکری اثر می‌گذارند و در نهایت نقش برجسته‌ای در بسیاری از علایم و آسیب‌های روانی<sup>۲۵</sup> بازی می‌کنند.

پذیرش تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته، به عنوان یک تجربه همه‌گیر و جهانی<sup>۲۶</sup>، سؤال‌های بسیاری را مطرح می‌کند؛ سؤال‌هایی مثل اینکه چرا بعضی افراد از این شناختارهای مزاحم بسیار مضطرب و نگران می‌شوند؟ این افکار مزاحم و ناخواسته در افراد غیربالینی چقدر شیوع دارد؟ این افکار مزاحم و ناخواسته در اختلال‌های بالینی و نمونه‌های غیربالینی چه تفاوت‌ها و شباهت‌هایی دارند؟ چگونه افکار مزاحم و ناخواسته و ناگهانی از انواع دیگر مداخلات شناختاری مانند نگرانی‌ها، اندیشناکی‌ها و

طی سه دهه اخیر، در زمینه نقش شناختارها<sup>۱</sup> در شکل‌گیری، تداوم و درمان بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی<sup>۲</sup> پیشرفت‌های شگرفی رخ داده است. شناخت جایگاه ذهن و تفکر، به عنوان مرکز ثقل بسیاری از تحقیقات تجربی، ارزشمندی نقش تجارب آگاهانه<sup>۳</sup> را در کارکرد بهنجاری‌ها<sup>۴</sup> و نابهنجاری‌ها<sup>۵</sup> دوباره مطرح کرده و به آرای ویلیام جیمز (۱۹۸۰-۱۹۵۰) درباره «جریان خودآگاه ذهن»<sup>۶</sup> در مطالعه‌های علمی مقوله شناختارها و هیجان‌ها مجدداً جایگاه خاصی داده است.

مسیر جریان تفکر انسان به طرز شگفت‌آوری بغرنج، غنی و تغییرپذیر است. سیر تحولات اخیر، مباحث نظری متنوع و مشترکی در ادبیات اختلال و سواس فکری-عملی<sup>۷</sup> (OCD) مطرح کرده است؛ مثل نقش پدیده شناختاری افکار ناخواسته<sup>۸</sup> در اختلال‌های بالینی، الگوها و شیوه پاسخ‌های رفتاری و هیجانی، نقش ترتیب هرمی<sup>۹</sup> یا فرآیند فراشناخت<sup>۱۰</sup>، نحوه ارزیابی تداوم شناختار ناخواسته، تأثیر دوجانبه فرآیند توجه‌انتخابی<sup>۱۱</sup> بر فعالیت‌های ذهنی مزاحم و در آخر رابطه بین افکار مزاحم و ناخواسته و فرونشانی هدفمند افکار.

در حال حاضر، بسیاری از سؤال‌های مربوط به نحوه شکل‌گیری، کارکرد، عواقب و تصاویر<sup>۱۲</sup> افکار مزاحم و ناخواسته و درمان تکانش‌ها<sup>۱۳</sup> بی‌پاسخ مانده است؛ سؤال‌هایی از این قبیل: چرا افکار ناخواسته و مزاحم برای بعضی افراد بسیار اضطراب‌آور است و برای بعضی دیگر اضطراب‌آور نیست؟ چرا این افکار در حالت‌های بالینی<sup>۱۴</sup> تداوم دارند، ولی در بافت فکری بسیاری از افراد عادی ظاهر شده و به سرعت ناپدید می‌شوند؟ آیا تصاویر و افکار ناخواسته و مزاحم عامل تغذیه مشکلات هیجانی هستند؟ چه عامل یا عواملی باعث شکل‌گیری و این افکار در جریان خودآگاه ذهن می‌شوند؟ چرا کنترل این افکار بسیار دشوار به نظر می‌رسند؟ بهترین راهبرد درمانی مؤثر برای افرادی که به این شناختارهای مزاحم و اضطراب‌آور گرفتار می‌شوند چیست؟

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- cognition                      | 2- psychological disorders |
| 3- conscious experiences thoughts | 4- normal                  |
| 5- abnormal                       | 6- stream of consciousness |
| 7- Obsessive-Compulsive Disorder  |                            |
| 8- unwanted                       | 9- higher orders           |
| 10- metacognition                 | 11- selective attention    |
| 12- images                        | 13- impulses               |
| 14- clinical                      | 15- Sarason                |
| 16- Pierce                        | 17- worries                |
| 18- distractions                  | 19- intentional biases     |
| 20- mind wandering                | 21- daydreams              |
| 22- self-focus                    | 23- ruminations            |
| 24- Klinger                       | 25- psychopathology        |
| 26- universal                     |                            |

وی می‌شوند، باید بیشتر توجه کنیم (بی<sup>۲۲</sup> و واگان<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۶).  
بر اساس تعارف موجود، ویژگی‌های افکار مزاحم و ناخواسته را  
می‌توان با استفاده از جدول زیر چنین توصیف کرد:

**جدول ۱- ابعاد و ظرفیت‌های کیفی اولیهٔ تکانه‌ها، تصاویر و افکار ناخواستهٔ بالینی**

- تکانه، تصویر یا فکر مشخصی که وارد نقطهٔ هشیار ذهن شود.
- سرچشمهٔ شکل‌گیری آن به عامل درونی نسبت داده شود.
- یک فکر ناخواسته و غیرقابل پذیرش ارزیابی شود.
- در فعالیت‌های شناختاری و رفتاری حال فرد مداخله کند.
- غیرارادی و ناخواسته و یا خارج از اراده باشد.
- تمایل به تکرار و تناوب داشته باشد.
- به آسانی منابع توجهی ذهن را تسخیر کرده و باعث حواس‌پرتی شود.
- با یک عاطفهٔ منفی (اضطراب، افسردگی و احساس گناه) همراه باشد.
- کنترل و یا بیرون راندن آن از ذهن مشکل به‌نظر برسد.

بک<sup>۲۴</sup> در مدل «فرضیهٔ اختصاصی بودن محتوا<sup>۲۵</sup>» با طرح این نکته که هر کدام از اختلال‌های بالینی دارای محتوای شناختی خاص خود هستند، به ما کمک می‌کند تا محتوای انواع افکار مزاحم و ناخواسته را که با حالت‌های هیجانی همراه هستند از هم تمیز دهیم. معمولاً افکار مزاحم و ناخواسته مشهود در حالت‌های افسردگی با محتوای شکست و ازدست‌دادن<sup>۲۶</sup> ظاهر می‌شوند؛ افکار مزاحم مربوط به اضطراب با احساس تهدید و خطر، آسیب<sup>۲۷</sup>؛ و افکار مربوط به خشم<sup>۲۸</sup> با موضوع‌هایی مانند بی‌عدالتی<sup>۲۹</sup> های

افکار خودآیند منفی<sup>۱</sup> متمایز می‌شوند؟ فرآیند شکل‌گیری و کارکرد شناختارهای مزاحم و ناخواسته در حالت‌های غیربالینی چیست؟

شایان ذکر است که در اختلال‌های بالینی، افکار مزاحم و ناخواسته نمی‌توانند هر محتوا<sup>۲</sup> و مضمونی<sup>۳</sup> داشته باشند. در این اختلال‌ها معمولاً موضوع<sup>۴</sup>، مضمون و محتوای افکار مزاحم و ناخواسته با ویژگی‌های فرد و موقعیت‌هایی که در آن به سر می‌برد رابطه دارد. به نظر می‌رسد افکار مزاحم و ناخواسته را بتوان با موضوع‌هایی مانند ویژگی‌های شخصیتی<sup>۵</sup>، رویکرد ابعادی<sup>۶</sup> و یا پتانسیل‌های کیفی<sup>۷</sup> خاص تعریف کرد. رعایت چنین روندی می‌تواند تعریف روشنی از این پدیدهٔ شناختاری به دست داده و ما را در جهت تمایز آن با سایر شناختارهای بالینی سوق دهد (کلارک<sup>۸</sup> و پردون<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵؛ کلینجر، ۱۹۷۸؛ پارکینسون<sup>۱۰</sup> و راجمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۱).

تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواستهٔ بالینی چنین تعریف می‌شوند: «هر واقعهٔ شناختاری مشخص و متمایزی که ناخواسته، بدون نیت و تکرار شونده<sup>۱۲</sup> باشد، باعث وقفه<sup>۱۳</sup> در جریان تفکر و همین‌طور مانع فعالیت‌های عینی شود و در عین حال با یک عاطفهٔ منفی و اشکال در کنترل افکار همراه باشد.» تعریف راجمن (۱۹۸۱) از افکار مزاحم و منفی چنین است: «هرگونه تکانه، تصاویر و یا افکار تکرار شونده که غیرقابل پذیرش<sup>۱۴</sup> و ناخواسته بوده .... و با ناراحتی ذهنی<sup>۱۵</sup> همراه باشد.» به نظر راجمن، شرط لازم و کافی برای اینکه یک فکر مزاحم باشد، این است که آن فکر در فعالیت‌های عادی زندگی وقفه و در کنترل آن اشکال ایجاد کند و به عامل درونی اسناد داده شود. و اسناد فکر<sup>۱۶</sup> به عامل درونی اشکال ایجاد کند. از طرف دیگر، هاروتیز<sup>۱۷</sup> (۱۹۷۵) هر فکر غیرارادی<sup>۱۸</sup> را که وارد جریان خودآگاه ذهن می‌شود، برای فرونشانی<sup>۱۹</sup> نیازمند تلاش است، سخت و مقاوم<sup>۲۰</sup> است و در نظر فرد تجربه‌ای تلقی می‌شود که باید از آن اجتناب کند، فکر مزاحم تعریف کرده است. بعضی دیگر معتقدند به افکار خودآگاه<sup>۲۱</sup> که از درون فرد نشأت می‌گیرند و باعث اختلال در فعالیت‌های حال

1- negative automatic thoughts	2- content
3- theme	4- topic
5- characteristics	6- dimensional approach
7- properties approach	8- Clark
9- Purdon	10- Parkinson
11- Rachman	12- recurrent
13- interrupts	14- unacceptable
15- subjective discomfort	16- attribute
17- Horowitz	18- non-volitional
19- suppressive	20- persevered
21- conscious thoughts	22- Yee
23- Vaughan	24- Beck
25- content-specificity hypothesis	26- loss
27- vulnerability	28- Anger
29- Injustice	

یافته‌های اخیر در مورد شباهت‌های محتوایی بین افکار مزاحم در افراد بالینی و غیربالینی، زمینه رشد صورت‌بندی<sup>۱۴</sup> جدید شناختی-رفتاری را در اختلال وسواس فکری-عملی فراهم کرده است (کلارک، ۲۰۰۴؛ راجمن، ۲۰۰۳، ۱۹۹۸، ۱۹۹۷؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۹، ۱۹۸۹، ۱۹۸۸)؛ به طوری که در تحقیق کلینجر (۱۹۷۹-۱۹۷۸)، ۲۲ درصد افراد سالم افکار خود را عجیب<sup>۱۵</sup> و ناکارآمد و در تحقیق کلینجر و کاکس<sup>۱۶</sup> (۱۹۸۸-۱۹۸۷)، ۱۳ درصد نمونه‌های سالم، افکار خود را متضاد با شخصیت خود، بسیار دور از انتظار و مورد بی‌احترامی دیگران و عامل ایجاد شوک فراوان در خود ارزیابی کردند. در یافته کلینجر (۱۹۹۹)، ۳۳ درصد افکار، جهت‌مدار نبوده و ۱۸ درصد به نظر فرد غیرقابل پذیرش و ناراحت‌کننده بوده‌اند. با توجه به یافته‌های مذکور در زمینه وجود وسواس‌های «بهنجار» در روند جریان تفکر افراد سالم، به نظر می‌رسد درباره میزان بسامد این نوع افکار در افراد سالم باید بیشتر تعمق شود. افکار ناخواسته با محتوا و موضوع وسواسی (پرخاشگری یا آسیب به دیگران، افکار ناخواسته با موضوع عادت جنسی و آلودگی) در افراد عادی بیانگر وجود این افکار با بسامد کم است (پوردون و کلارک، ۱۹۹۴ الف).

تحقیقات روی نمونه‌های گره‌ای سالم حاکی از بسامد کم افکار مزاحم و ناهمخوانی آن با شخصیت آنهاست (لی<sup>۱۷</sup> و نون<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۳). وانگ<sup>۱۹</sup>، کلارک و پوردون (۲۰۰۳) در تحقیق خود از ۱۰۰ دانشجو خواستند که دو نمونه از افکار ناخواسته خود را که در دو هفته اخیر به وقوع پیوسته و آنها قادر به کنترل آن نبوده‌اند را بنویسند. جالب است که بیشترین افکار تکرار شونده، شامل افکار اضطرابی همخوان با شخصیت (مثل افکار مربوط به نگرانی‌ها، افکاری با موضوع وسواس و همین‌طور افکار شبه‌افسردگی و در آخر شناختارهای خشم) بوده است. از این

شخصی و رفتارهای غیرمنصفانه<sup>۱</sup> همراه هستند؛ در حالی که در اختلال‌های وسواس فکری-عملی، موضوع‌های افکار مزاحم ویژگی ناهمخوان با شخصیت (محتوا و مفاهیم متناقض با هویت، برداشت فرد از خود و احساس به خود) دارند.

### افکار مزاحم و ناخواسته و عواقب احتمالی آن

بسیاری از شواهد تحقیقاتی موجود بیانگر این نکته‌اند که درمان اختلال‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و دیگر اختلال‌ها در صورتی ممکن خواهد بود که درمانگر به افکار مزاحم و ناراحت‌کننده مختص هر کدام از بیماری‌ها و واکنش‌های هر کدام از افکار توجه کند. حال، با پذیرش دیدگاه مذکور، ممکن است این سؤال مطرح شود که شواهد علمی اثبات‌کننده شباهت محتوا و مضمون افکار مزاحم در افراد بالینی و غیربالینی کدام است؟ در صورت صحت شباهت‌های مذکور، سؤال بعدی این است که پس فرق افکار مزاحم و ناخواسته در افراد مبتلا و غیرمبتلا به وسواس چیست؟ تحقیقات چگونه می‌توانند به درک ما از جداسازی افراد مبتلا و غیرمبتلا به وسواس کمک کنند؟

بسیاری از تحقیقات اخیر بیانگر شباهت محتوا و مضمون تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته در افراد مبتلا و غیرمبتلا به وسواس هستند. راجمن و دسیلوا<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) اولین کسانی بودند که به این نکته پی بردند. در تحقیق آنان ۸۷ درصد از نمونه‌های غیربالینی گزارش دادند که تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته شبیه به محتوا و مضمون افراد وسواسی دارند (مثل موضوع احساسات مشتمل‌کننده<sup>۳</sup>، کثیفی، آلودگی، تصادف‌ها، صدمه و آسیب، پرخاشگری، توهین به مقدسات<sup>۴</sup>، جنسی و...). تحقیقات بعدی بیانگر وجود ۸۰ تا ۹۰ درصد تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و وسواسی در افراد سالم است (برای مثال، فریستون<sup>۵</sup>، لادوسیر<sup>۶</sup>، تیبیدیو<sup>۷</sup> و گاگنون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱؛ نیلر<sup>۹</sup> و بک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۹؛ پارکینسون و راجمن، ۱۹۸۱؛ پوردون<sup>۱۱</sup> و کلارک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۳؛ راجمن و دسیلوا، ۱۹۷۸؛ سالکوسکیس<sup>۱۳</sup> و هاریسون<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۴).

1- unfairness  
3- repugnant  
5- Freeston  
7- Thibodeau  
9- Niler  
11- Purdon  
13- Harrison  
15- strange  
17- Lee  
19- Wang

2- de Silva  
4- blasphemy  
6- Ladouceur  
8- Gagnon  
10- Beck  
12- Salkovskis  
14- formulation  
16- Cox  
18- kwon

افسردگی و اضطراب‌زا ویژگی همخوانی با شخصیت بیشتر متداول است و به وضوح مشاهده می‌شود که عوامل بیرونی برانگیزان<sup>۴</sup> مانند محرک‌های استرس‌زا یا موقعیت‌های خاص زندگی می‌توانند یک شناختار ناخواسته را احیا کنند (هارویتز، ۱۹۷۵؛ پارکینسون و راجمن، ۱۹۸۱). دانش ما در زمینه میزان دقیق بسامد انواع افکار مزاحم و ناخواسته در جمعیت‌های غیربالینی همچنان مبهم است و هنوز روشن نیست که آیا بعضی افراد در مقابل شناختارهای مزاحم و ناخواسته آسیب‌پذیرتر از بعضی دیگر هستند؟

#### زیوساخت‌های زمینه‌ساز در شکل‌گیری افکار مزاحم و ناخواسته

ادبیات و سواس دارای یک تصویر نسبتاً روشن و پایدار در زمینه تجربه افکار مزاحم و ناخواسته و سواسی، افسردگی و اضطراب‌زا در افراد غیربالینی است. بدیهی است که هرچه میزان بسامد افکار ناخواسته و مزاحم بیشتر باشد، به همان نسبت زمینه برانگیختن هیجان‌ها و وقوع افکار ناراحت‌کننده و اضطراب‌زا مهیاتر است. به نظر می‌رسد بسامد و بار هیجانی زیاد، کنترل و مهار افکار مزاحم اضطراب‌زا را دشوارتر کرده و درهم آمیختگی آن با حالت‌های خلق پایین را بسیار محتمل می‌کند (کلارک و سیلوا، ۱۹۸۵؛ فریستون، لادوسیر، تیبیدیو و گاکنون، ۱۹۹۲؛ نیلر و بک، ۱۹۸۹؛ پارکینسون و راجمن، ۱۹۸۱؛ پوردون و کلارک، ۱۹۹۴) (الف و ب)؛ رینولد و سالکوسکیس، ۱۹۹۲). رینولد و سالکوسکیس (۱۹۹۲) معتقدند میان میزان بسامد افکار مزاحم منفی و خلق یک رابطه دوجانبه وجود دارد. شرکت‌کنندگان در تحقیق کلینجر (۱۹۷۸-۱۹۷۹) گزارش کردند که افکار بدون پاسخ (مثل افکار مزاحم غیرجهت‌مدار، خودبه‌خودی و غیرارادی و غیراختیاری) کنترل-ناپذیرتر از افکار مهارشده (مثل افکار ارادی تر و اختیاری‌تر، هدفمندتر و جهت‌مدار) هستند.

گذشته، آنها گزارش کردند که معمولاً افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به نگرانی در طول یک هفته به‌طور مکرر اتفاق افتاده‌اند ولی با کمی تلاش با موفقیت کنترل شده‌اند. مطالعه‌ای در ایران نشان داده است که عامل بیماری‌زایی شناختی افکار در نمونه‌های ایرانی مبتلا به اختلال‌های وسواس فکری-عملی (در مقایسه با اضطرابی‌ها)، فقط به «اهمیت و کنترل افکار» اختصاص دارد و نه کمال‌طلبی، تحمل عدم اطمینان و احساس مسئولیت و احساس خطر و تهدید (شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۵).

بسیاری از تحقیقات دیگر به این نکته اشاره دارند که معمولاً افکار مزاحم و ناخواسته در افراد غیربالینی، برخلاف افکار افراد وسواسی (که ویژگی ناهمخوانی با شخصیت دارند)، بیشتر موضوع‌های مربوط به نگرانی با ویژگی همخوان با شخصیت<sup>۱</sup> دارند. برای مثال، افکار مزاحم و ناخواسته با موضوع احساس ناامنی، شک و شکست از عواملی بوده‌اند که مکرر و به‌طور برجسته در تجارب افراد اضطرابی مشاهده شده است. مشاهدات دیگر افزایش بسامد افکاری با موضوع تصادف و زخمی شدن را در افراد سالم، به‌خصوص در زمان تماشای فیلم‌های اضطراب‌آور تلویزیونی، نشان داده‌اند (تاتا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹). کلینجر (۱۹۷۸-۱۹۷۹) و کلینجر و کوکس (۱۹۸۸-۱۹۸۷) نشان داده‌اند که نزدیک به ۹۶ درصد موضوع‌های افکار افراد غیربالینی مربوط به تجارب روزانه آنها بوده و ۶۷ درصد از آنها با وقت و زمان اشتغال ذهنی داشته‌اند. افکار منفی با موضوع اضطراب و افسردگی به‌ندرت وارد جریان فکر نمونه‌های دانشجویی کلارک و سیلوا (۱۹۸۵) شده است. با وجود این، افکار مزاحم و ناخواسته در موقعیت‌های خاص و شرایط خاص زندگی بسامد بیشتری داشته‌اند.

نتایج تحقیقات موجود، بیانگر ظهور افکار ناخواسته و مزاحم در افراد غیربالینی با موضوع شبیه به افراد مبتلا به وسواس است. ظاهراً بیشتر افراد غیربالینی، تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته را تجربه کرده و می‌کنند و جالب‌تر آنکه، بسیاری از آنها همانند افراد مبتلا به وسواس این افکار را غریب<sup>۳</sup> و ناهمخوان با ماهیت شخصیتی خود ارزیابی می‌کنند. به نظر می‌رسد در افکار

1- ego-systonic  
3- bizarre  
5- stimulus

2- Tata  
4- trigger  
6- resurgence

## ارزیابی‌های نادرست

می‌کند که در فرآیند فرونشانی، هرچه تعداد افکار ناخواسته بیشتر باشد، فرد برای فرونشانی آن افکار به تلاش بیشتری نیاز دارد. با توجه به یافته‌های موجود، ظاهراً توجه به افکار ناخواسته و تلاش بیش از حد برای کنترل آن و همین‌طور تجزیه و تحلیل این افکار مهم و استنباط نادرست از آنها با اهمیت به نظر می‌رسد. در این روند معمولاً تجزیه و تحلیل فرد از وقایع و عواقب آن منفی است و او با یک احساس خطر و تهدید به وقایع می‌نگرد و در صورت ادامه فرآیند مذکور، زمینه شکل‌گیری مشکلات بالینی جدی با محتوای افکار مزاحم و ناخواسته مهیاتر می‌شود.

### مفهوم افکار مزاحم و ناخواسته و انواع شناختارهای منفی در اختلال‌های روان‌پزشکی

با مرور یافته‌های مختلف می‌توان به این فرضیه روشن دست یافت که تفاوت اولیه افکار مزاحم و ناخواسته در افراد بالینی و غیربالینی، نه در نوع، بلکه در شدت این افکار است. همه مطالعه‌هایی که ویژگی‌ها، پاسخ‌ها<sup>۱</sup> و ارزیابی‌های افکار مزاحم و ناخواسته را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مقایسه کرده‌اند، به تمایز در تفاوت‌های کمی (و نه کیفی) دست یافته‌اند. سیر جریان خودآگاه ذهن، مانند یک بزرگراه شلوغ و پررفت و آمد، که با انواع احساس‌ها، ادراک حسی<sup>۲</sup>، خاطره‌ها<sup>۳</sup>، تصاویر و افکار روبه‌روست. طی دو دهه اخیر، روان‌شناسان بالینی-شناختی سعی کرده‌اند انواع مختلف محتوا و مضمون افکاری را که به‌عنوان عامل بیماری‌زا در ظهور اختلال‌های بالینی نقش دارند، شناسایی کنند. حال روشن شدن این نکته مهم است که آیا ویژگی‌های برجسته خاصی در افکار مزاحم و ناخواسته وجود دارد که آنها را از دیگر شناختارهای منفی متمایز می‌کند. نکته آخر، ولی مهم، این است که آیا می‌توان به این نتیجه رسید که دیدگاه‌های نظری مختلف و همین‌طور سنت‌های تحقیقاتی موجود همگی به جریان مشابهی به نام «پدیده ذهنی» می‌پردازند؟

شواهد تحقیقاتی اخیر بیانگر این نکته است که اهمیت و نوع معنی و مفهومی که فرد به افکار مزاحم و ناخواسته می‌دهد، بی‌شک، تأثیر شگرفی بر میزان بسامد و کنترل آن افکار دارد. نمونه‌های شرکت‌کننده در تحقیق فریستون و همکاران (۱۹۹۱) گزارش کردند که کنترل‌ناپذیرترین افکار، افکاری بوده‌اند که مورد تأیید و یا پذیرش نمونه‌ها نبوده‌اند. یافته‌های دیگر در تحقیق کلارک، پوردون و بیروز<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) و پوردون و کلارک (۱۹۹۴ الف و ب) بیانگر این نکته است که هرچه میزان برداشت فرد از توانمندی و ظرفیت خود در مهار و کنترل افکار مزاحم بیشتر باشد، به همان نسبت در کنترل عینی و عملی‌تر آن افکار موفق‌تر خواهد بود. لی و نون (۲۰۰۳) معتقدند کنترل و مهار افکار مزاحم خودزا<sup>۲</sup> (مثل افکار مزاحم ناهمخوان با شخصیت، بدون وجود یک برانگیزان بیرونی قابل شناسایی) بسیار دشوارتر به نظر می‌رسد و معمولاً این افکار، به‌عنوان افکار غیرقابل پذیرش، غیراخلاقی، از نظر فردی مهم و فکری که به اجبار باید کنترل شود، مورد ارزیابی مجدد<sup>۳</sup> قرار می‌گیرد.

### توجه و کنترل

سایر شواهد حاکی از آن است که توجه و دقت بیش از حد به افکار مزاحم و تلاش بیش از حد برای کنترل آنها، احتمالاً می‌تواند به بروز مشکلات بیشتر در شکل‌گیری شناختارهای مزاحم و ناخواسته منجر شود. به‌نظر جانک<sup>۴</sup>، کلاماری<sup>۵</sup>، ریمان<sup>۶</sup> و هفلینگر<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) علاقه وافر و توجه خاص به افکار (مثل، برجسته شدن فرآیند خودآگاهی شناختی) زمینه ارزیابی منفی از همان افکار را مهیا می‌سازد. این روند در افراد مبتلا به وسواس متداول است. آزمایش‌های فرونشانی افکار که به‌وسیله پوردون و کلارک (۲۰۰۱) انجام شده است، به این نکته اشاره دارد که فرونشانی هدفمند وسواس‌های مربوط به افکار مزاحم باعث افزایش میزان ناراحتی و اضطراب و همین‌طور غیرقابل پذیرش شدن افکار مزاحم می‌شود؛ به‌طوری که تمرکز بیش از حد روی افکار، به افزایش صعودی خلق منفی می‌انجامد. پوردون (۲۰۰۱) در تحقیق بعدی خود به این نکته اشاره

1- Byers  
3- reappraisal  
5- Calamari  
7- Heffelfinger  
9- feelings  
11- memories

2- autogenous  
4- Janeck  
6- Reimann  
8- responses  
10- sensation

## نگرانی‌ها و افکار مزاحم و ناخواسته

در فعالیت‌های عادی و روزمره زندگی مداخله می‌کنند، کنترل و مهار هر دو دشوار به نظر می‌رسد و باعث یک احساس نامطلوب و ناراحت‌کننده ذهنی می‌شوند (بورکوک و همکاران، ۱۹۹۱). مطالعه‌های بعدی روی دو موضوع مذکور، انواع مشکلات کلیدی دیگر را آشکار می‌کند (کلارک و کلایبرن<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۷؛ لانگلو<sup>۲۰</sup>، فریستون و لادوسیر<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳؛ لی و نون<sup>۲۲</sup>؛ ولز<sup>۲۱</sup> و مریسون<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۴). نگرانی به طور بارز به صورت کلامی<sup>۲۳</sup> و زبانی<sup>۲۴</sup> ظاهر می‌شود، ناراحت‌کننده‌تر، ناخوشایندتر، اضطراب‌زاتر، واقعی‌تر و به واقعیت‌های عینی زندگی روزمره نزدیک‌تر و در عین حال ارادی‌تر است و بیشتر از افکار مزاحم و ناخواسته باعث اختلال کارکردی می‌شود، در حالی که افکار مزاحم پایدارتر و مقاوم‌تر بوده، بسامد بیشتری دارند و احتمالاً رهایی از آنها دشوار به نظر می‌رسد. در ضمن، افکار مزاحم و ناخواسته شامل تصاویر و افکار بوده و غیرارادی‌تر هستند، محیط ذهن را در مدت زمان کوتاه‌تری اشغال می‌کنند و با شخصیت فرد ناهمخوان‌اند.

تحقیقات در زمینه افکار مزاحم و سواسی در افراد بالینی و غیربالینی بیانگر آن است که افکار و سواسی در بیماران مبتلا به اختلال‌های سواس فکری-عملی، پرسامدتر، اضطراب‌زاتر، کنترل‌ناپذیرتر و غیرقابل پذیرش‌تر بوده و به نظر فرد مهار ناشدنی می‌آیند (جنک و کالاماری<sup>۱۹۹۹</sup>؛ راجمن و سیلوا<sup>۱۹۷۸</sup>). علاوه بر این، افراد مبتلا به سواس (در مقایسه با افراد سالم) معمولاً در مقابل افکار و سواسی مقاومت می‌کنند، دست به خشناسازی می‌زنند، از راهبردهای<sup>۲۵</sup> کنترل افکار ناسازگارانه‌تری<sup>۲۶</sup> استفاده کرده و تلاش‌های خود را برای کنترل افکار بی‌فایده و ناموفق

نگرانی یک تجربه فراگیر است. بی‌شک، همه انسان‌ها در طول زندگی خود دچار نگرانی می‌شوند. به علاوه، نگرانی سیمای اصلی حالت اضطراب، به خصوص اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> (GAD)، است. افکار نگران‌کننده، روند جریان تفکر و تراوش ذهن را محاصره کرده، به مخاطره انداخته و باعث مداخله زیاد در فعالیت‌های روزانه می‌شوند. جامع‌ترین تعریف مورد تأیید را بورکوک<sup>۲</sup>، ری<sup>۳</sup> و اسوبر<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) ارائه می‌دهند: «نگرانی شامل زنجیره به هم پیوسته‌ای از تصاویر و افکار، با بار عاطفی نسبتاً منفی و تا حدودی کنترل‌ناپذیر است. نگرانی شامل تلاش جدی برای حل ذهنی مسایل و نیز دستیابی به نتایج احتمالی و نامطمئن است.

## افکار و سواسی و افکار مزاحم و ناخواسته

شواهد تحقیقاتی بسیاری نشان داده‌اند که افراد عادی هم دچار نگرانی می‌شوند، اگرچه با میزان بسامد، شدت و قابلیت کنترل متفاوت با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (کراسک<sup>۵</sup>، راپی<sup>۶</sup>، جکل<sup>۷</sup> و بارلو<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹). نگرانی مانند بسیاری از پدیده‌های بالینی دیگر دارای ساختار ابعادی است، نه طبقه‌بندی شده<sup>۹</sup>. دوپوتی<sup>۱۰</sup>، بیدین<sup>۱۱</sup>، ریومه<sup>۱۲</sup>، لادوسیر و دوگاس<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۱) برای هر فرد، ۵۵ دقیقه نگرانی در طول روز را محاسبه می‌کند. تالیس<sup>۱۴</sup> و همکاران با ارائه پرسشنامه حوزه‌های نگرانی<sup>۱۵</sup> به نمونه‌های بالینی، میزان نگرانی آنها را ۵۰ تا ۷۵ درصد ارزیابی کردند. انواع موضوع‌های نگرانی در نمونه‌های غیربالینی به کار/مدرسه (۱۹ تا ۳۰ درصد)، روابط بین فردی<sup>۱۶</sup>، خانواده/خانه (۲۲ تا ۴۴ درصد)، مشکلات مالی (۱۳ تا ۲۶ درصد)، بیماری/سلامت/آسیب (۲ تا ۲۵ درصد) و انواع دیگر (صفر تا ۱۵ درصد) مربوط بوده است (بورکوک، شادیک<sup>۱۷</sup> و هاپکینز<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۱).

بسیاری از محققان به مطالعه رابطه بین نگرانی و افکار مزاحم و ناخواسته پرداخته‌اند. نگرانی و افکار مزاحم و ناخواسته ویژگی‌های مشترک و تنگاتنگی دارند که تمایز آنها را از یکدیگر دشوار می‌سازد. هر دو شناختار منابع توجهی را به آسانی تسخیر و

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 1- Generalized Anxiety Disorder | 2- Borkovek       |
| 3- Ray                          | 4- Stober         |
| 5- Craske                       | 6- Rapee          |
| 7- Jackel                       | 8- Grask          |
| 9- categorical                  | 10- Dupuy         |
| 11- Beaudoin                    | 12- Rheume        |
| 13- Dugas                       | 14- Tallis        |
| 15- Worry Domain Questionnaire  | 16- interpersonal |
| 17- Shadick                     | 18- Hopkins       |
| 19- Claybourn                   | 20- Langois       |
| 21- Wells                       | 22- Morrison      |
| 23- verbal                      | 24- linguistic    |
| 25- strategies                  | 26- maladaptive   |

این جدول نشان‌دهنده انواع مدل‌های مختلف ارزیابی شناختاری، فرآیند رشد افکار مزاحم و ناخواسته (که به ندرت به وقوع می‌پیوندد و با شخصیت فرد ناهمخوان است) و همین‌طور تبدیل آنها به وسواس‌های فکری-بالینی پربسامد و رشد یافته‌تر است (کلارک، ۲۰۰۴؛ راجمن، ۲۰۰۳، ۱۹۹۸، ۱۹۹۷؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۹، ۱۹۸۹، ۱۹۸۵). تصمیم در این مورد که افکار مزاحم و ناهمخوان با شخصیت، افکار و وسواسی یا افکار مزاحم و ناخواسته در نظر گرفته شوند، به این بستگی دارد که افکار ذهنی-تجربی فرد از نظر کدام یک از ابعاد در جدول ۲ قرار گیرند.

#### اندیشناکی و افکار مزاحم و ناخواسته

یکی دیگر از شناختارهایی که با خلق پایین، به خصوص در افسردگی، رابطه دارد، افکاری با ویژگی‌های مقاومت، تکرار شوندگی و اندیشناکی با موضوع منفی است. بک (۱۹۶۷) در مشاهدات بالینی خود به این نکته پی می‌برد که افراد مبتلا به افسردگی متوسط و شدید، معمولاً در رابطه با خود و موقعیت‌های بیرونی، یک اندیشناکی و درخودفرورفتگی<sup>۵</sup> منفی دارند. هارویتز (۲۰۰۳) با مفهوم‌سازی<sup>۶</sup> اندیشناکی، الهام‌بخش تحقیقات بعدی در زمینه نقش و کارکرد افسردگی شد. او اندیشناکی را به عنوان «یک تفکر منفعل و تکرار شونده، در مورد علایم افسردگی و عواقب و نتایج احتمالی این علایم» تعریف می‌کند. طبق دیدگاه بور کوک و همکاران (۱۹۹۸) ظاهراً فرآیند و محتوای اندیشناکی افسردگی شبیه به پدیده نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر است. مطمئناً، تکرار افکار به عنوان جوهره اصلی ویژگی اندیشناکی و نگرانی، می‌تواند یک پیش‌بینی کننده<sup>۷</sup> مهم علایم افسردگی و اضطراب در نمونه‌های بالینی قلمداد شود (سگراستروم<sup>۸</sup>، ساو<sup>۹</sup>، آلدن<sup>۱۰</sup> و کراسک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰). با توجه به شباهت‌های افسردگی و نگرانی در زمینه ظهور و تکرار افکار باید گفت که ویژگی افکار مزاحم و

ارزیابی می‌کنند (امیر<sup>۱</sup>، کاشمان<sup>۲</sup> و فوا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ لادوسیر و همکاران، ۲۰۰۰). بسیاری از یافته‌های تحقیقات بیانگر ارتباط بین حوزه‌های شناخت با اختلال‌های وسواس فکری-عملی است، اما درباره شناسایی حوزه‌های مختص شناخت، هنوز یک نتیجه قطعی به دست نیامده است. یکی از این معضلات یافته‌های متنوع است (شمس و صادقی، ۲۰۰۶).

بسیاری از مطالعه‌ها در زمینه بررسی جنبه‌های سبب‌شناسی افکار و وسواسی، از مطالعه‌هایی گرفته شده است که علایق خاصی به نقش افکار مزاحم و ناخواسته در نمونه‌های سالم و غیربالینی داشته‌اند. به نظر می‌رسد، وسواس‌های بالینی از جنبه‌های مختلف، انعکاسی از تصویر بالینی شدت یافته افکار مزاحم و ناخواسته باشند. بنابراین افکار و وسواسی و افکار مزاحم و ناخواسته می‌توانند در شدت و درجه، و نه در نوع، در یک پیوستار<sup>۴</sup> قرار داده شوند. جدول ۲، انواع حوزه‌های ابعادی را (که افکار و وسواسی و افکار مزاحم و ناخواسته را از هم جدا می‌کند) نشان می‌دهد.

#### جدول ۲- ابعاد جداکننده افکار مزاحم و ناخواسته از وسواس‌های بالینی

افکار مزاحم و ناخواسته	وسواس‌های بالینی
بسامد کم	بسامد زیاد
عدم پذیرش / اضطراب‌زایی کم	پذیرش و اضطراب‌زایی زیاد
همبستگی نسبتاً کم با احساس گناه	احساس گناه شدید
مقاومت کم در مقابل افکار مزاحم	مقاومت زیاد در مقابل افکار مزاحم
تصور مثبت در کنترل افکار	تصور ناتوانی در کنترل افکار و وسواسی
ارزیابی افکار به عنوان افکار بی‌معنا، پوچ و بی‌ارتباط با شخصیت خود	ارزیابی افکار به عنوان افکار معنادار با تهدیدزایی بسیار زیاد نسبت به معیارها و ارزش‌های کلیدی فرد (ناهمخوان با شخصیت)
افکار مزاحم با تسلط جزئی بر روند هوشیار ذهن	افکار مزاحم وقت گیر با تسلط بر روند هوشیار ذهن
نگرانی کم در کنترل افکار	نگرانی زیاد در کنترل افکار
تأکید بر خنثاسازی اضطراب	تمرکز شدید بر خنثی‌سازی اضطراب ناشی از افکار و وسواسی
دخالت جزئی در فعالیت‌های روزانه	دخالت شدید در فعالیت‌های روزانه

منبع: کلارک (۲۰۰۴)

1- Amir  
3- Foa  
5- brood  
7- predictor  
9- Tsao  
11- Craske

2- Cashman  
4- continuum  
6- conceptualization  
8- Segerstrom  
10- Alden



همزمان در نقطه هوشیار جریان افکار فرد در گردش اند. او افکاری را که یکباره وارد ذهن شده و آن را اشغال کرده‌اند افکار خودآیند منفی نام‌گذاری می‌کند. این افکار با ویژگی خودتمرکزی و نگرش منفی به خود، دنیای شخصی<sup>۵</sup> و آینده همراه است. بک با توجه به مشاهدات بالینی‌اش، ویژگی‌های افکار خودآیند را این چنین برمی‌شمارد: ۱) ناپایدار و زودگذرترند<sup>۶</sup>. ۲) بسیار ناپیوسته، ولی واضح و روشن‌اند. ۳) خودانگیخته‌اند<sup>۷</sup> ظهور افکار در ذهن خارج از اراده و تصمیم فرد است. ۴) مورد تأیید و قبول فرد هستند. ۵) به فرد، مشغله‌ها و نگرانی‌های واقعی او اختصاص دارند. ۶) پیش از هیجان‌ها به وقوع می‌پیوندند و ۷) دارای سوگیری منفی یا تحریف<sup>۸</sup> شناختی هستند (کلارک، بک و آلفرد<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹). برداشت بک از ویژگی‌های افکار خودآیند منفی، به خصوص در چارچوب مفهوم حالت‌های افسردگی، مشابه ویژگی‌های افکار مزاحم و ناخواسته است. در طول سال‌های اخیر، مطالعه‌های متعدد، با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه و روش‌های خودگزارشی<sup>۱۰</sup> به این نتیجه رسیده‌اند که افراد غیربالینی هم افکار خودآیندی شبیه به افکار خودآیند افسردگی و اضطراب‌زا دارند، اگرچه بسامد، شدت و پذیرش این افکار در آنها کمتر از افکار خودآیند افراد بالینی است (همان‌جا).

با توجه به شواهد موجود، ظاهراً یک پدیده شناختاری، بسته به دیدگاه نظری و سنت‌های تحقیقاتی، در یک مطالعه افکار مزاحم و ناخواسته و در مطالعه دیگر افکار خودآیند منفی، نام می‌گیرد. سالکوسکیس (۱۹۸۵) معتقد است «افکار خودآیند منفی» که بک (۱۹۷۶) و افکار مزاحم و ناخواسته‌ای (وسواسی) که راجمن (۱۹۸۱) تعریف می‌کند، از نظر فرآیند و ویژگی‌های محتوایی با یکدیگر تفاوت آشکار دارند. محتوای افکار مزاحم و ناخواسته، غیرمنطقی، نامعقول و ناهمخوان با شخصیت و افکار خودآیند، منطقی، معقول و همخوان با شخصیت ارزیابی می‌شوند. به علاوه، تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته قابل دسترسی

ناخواسته در وسواس با افکار آغشته به اندیشناکی در افسردگی (به خصوص در شرایط هجوم افکار مزاحم در حالت افزایش افسردگی) تفاوت دارد.

پایا جودیوس<sup>۱</sup> و ولز (۲۰۰۴) با یک بحث آگاهی‌دهنده درباره بررسی ماهیت اندیشناکی و افکار وسواسی بیان داشتند که بین اندیشناکی و افکار وسواسی تفاوت‌های کلیدی وجود دارد. افکار آغشته به اندیشناکی زنجیره‌ای از افکار تکرارشونده، منفی، با ویژگی خودتمرکزی و دور معیوب<sup>۲</sup> است که بسترهای شکل‌گیری آن موقعیت‌های عینی و بیرونی و عامل برانگیزان آن افکار پیشین است. غالباً مرکز نقل افکار آغشته به اندیشناکی جنبه‌هایی از خود فرد یا حالت‌های هیجانی و یا شامل استنباط‌های<sup>۳</sup> منفی در مورد وقایع استرس‌زای زندگی<sup>۴</sup> است. بوکوک و همکاران (۱۹۹۸) در مجموعه مطالعه‌های خود در مورد اندیشناکی و نگرانی موفق شدند تعدادی از ویژگی‌های بارز اندیشناکی (مثلاً، گرایش ذهن به تمرکز بر وقایع گذشته، کاهش اعتماد به نفس، تلاش برای حل مسئله و تداوم افکار با مدت زمان طولانی‌تر) را شناسایی کنند.

با توجه به ضرورت تحقیقات بعدی، به نظر می‌رسد که بتوان به راحتی افکار مزاحم و ناخواسته را از اندیشناکی متمایز کرد. قطار افکار اندیشناکی، طولانی‌تر، دارای ویژگی تکرارشوندگی بیشتر است و در عین حال که ناهمخوان با شخصیت فرد نیست، یک موضوع منفی دارد. روند جریان افکار بیشتر به گذشته میل دارد و جهت مدار تر است. از طرف دیگر، افکار مزاحم و ناخواسته، کوتاه، مختصر و شاید تا حدودی غیرقابل انتظارند. این افکار در مدت زمان نسبتاً کوتاه‌تری به طول می‌انجامند، غالباً ناهمخوان با شخصیت فرد ارزیابی می‌شوند، مسیرشان در کنترل فرد نیست و به عبارتی غیرجهت‌مدار هستند. احتمالاً تصاویر و افکار شبیه به تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته تکرار شونده‌اند و باعث ظهور اندیشناکی افسردگی می‌شوند.

#### افکار خودآیند منفی و افکار مزاحم و ناخواسته

بک (۱۹۷۶، ۱۹۶۷) از مشاهدات بالینی خود روی افراد افسرده، به قطاری از افکار منفی گزارش نشده برمی‌خورد که

1- Papageorgiou  
3- inferences  
5- personal world  
7- spontaneous  
9- Alford

2- recycle  
4- stressful life events  
6- fleeting  
8- distorted  
10- self-monitoring

دهه می گذرد، ولی هنوز در زمینه ماهیت، نقش و کارکرد این پدیده در افراد سالم یک انسجام نظری به وجود نیامده است. مسیر نظریه‌ها و تحقیقات در مورد افکار مزاحم و ناخواسته مجزاست. روان‌شناسان اجتماعی علاقه‌مند به مقوله خودآگاهی و جریان تفکر، بیشتر تحقیقات خود را، مستقل و به دور از فعالیت علمی محققان بالینی، بر محتوای افکار متمرکز کرده‌اند، حتی در حوزه بالینی، در زمینه افکار مزاحم و ناخواسته در اختلال‌های وسواس فکری- عملی تحقیقات جدید اندک است. در این مقاله به توصیف، تمایز موضوع، تمایز افکار مزاحم و ناخواسته، انواع شناختارهای منفی و زمینه‌های شکل‌گیری افکار مزاحم پرداخته شده است. با امید به اینکه روند مذکور، بستر تحقیقات بعدی را در شرایط خاص مهیاتر سازد.

هستند و بیشتر مزاحم و مداخله‌گر بوده و باعث ازهم‌گسیختگی فکر و در نتیجه اختلال در فعالیت‌های روزانه می‌شوند، در حالی که افکار خودآیند منفی، همگام و موازی با روند جریان هوشیار ذهن به مسیر حرکت خود ادامه می‌دهند، دسترسی به آنها دشوارتر است و احتمالاً کمتر در فعالیت‌های روزانه مداخله می‌کنند. اما تا زمانی که برای تمایز بالینی افکار مزاحم و ناخواسته و افکار خودآیند منفی مطالعه‌های مقایسه‌ای نشده است، ما برای توصیف این دو مقوله همچنان چارچوب مشاهدات بالینی مان را حفظ می‌کنیم.

## نتیجه‌گیری

در مقاله حاضر، سعی شده که دربارهٔ تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته در جمعیت بالینی و غیربالینی بحث شده و این مباحث مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. اگرچه از اولین مطالعه‌های تجربی در مورد شناختارهای ناخواسته در افراد غیربالینی سه

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۳/۲۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۲

## منابع

شمس، گ.، کرم‌قدیری، ن.، اسماعیلی، ی.، و ابراهیم‌خانی، ن. (۱۳۸۵). مقایسهٔ باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به وسواس و سایر اختلالات اضطرابی با گروه شاهد. فصلنامهٔ تازه‌های علوم شناختی، ۸(۲)، ۶۵-۵۳.

Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 775-777.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.

Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.

Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. In R. M.

Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29-51). New York: Guilford Press.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A., & Claybourn, M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 23(12), 1139-1141.

Clark, D. A., & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena? *Behavior Research and Therapy*, 23(4), 383-393.

Clark, D. A., & Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique

- of the literature. *Behavior Research and Therapy*, 33(8), 967-976.
- Clark, D. A., & Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behavior Research and Therapy*, 38(5), 439-455.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27(4), 397-402.
- Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rheaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: Daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behavior Research and Therapy*, 39(10), 1249-1255.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibideau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29(6), 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 30(3), 263-271.
- Harowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, 32(11), 1457-1463.
- Horowitz, M. J. (2003). *Treatment of stress response syndromes*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 497-509.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 181-195.
- Klinger, E. (1978). Modes of normal conscious flow. In K. S. Pope & J. L. Singer (Eds.), *The stream of consciousness* (pp. 225-258). New York: Plenum Press.
- Klinger, E. (1978-1979). Dimensions of thought and imagery in normal waking states. *Journal of Altered States of Consciousness*, 4(2), 97-113.
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 3-23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Klinger, E. (1999). Thought flow: Properties and mechanisms underlying shifts in content. In J. Singer & P. Salovey (Eds.), *At play in the fields of consciousness: Essays in honor of Jerome Singer* (pp. 29-50). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Klinger, E., & Cox, W. M. (1987-1988). Dimensions of thought flow in everyday life. *Cognition and Personality*, 7(5), 105-128.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rheaume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 179-187.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behavior Research and Therapy*, 38(2), 157-173.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 41(1), 11-29.
- Niler, E. R., & Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behavior Research and Therapy*, 27(3), 213-220.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 3-20). Chichester, UK: Wiley.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 3(3), 101-110.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, 32(1), 47-64.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behavior Research and Theory*, 32(4), 403-410.

- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31(8), 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioral and Cognitive psychotherapy*, 22(4), 269-285.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behavior Research and Therapy*, 39(10), 1163-1181.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 3(3), 89-99.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Raynolds, M., & Salkovskis, P. M. (1992). Comparison of positive and negative intrusive thoughts and experimental investigation of the differential effects of mood. *Behavior Research and Therapy*, 30(3), 273-281.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23(5), 571-584.
- Salkovskis, P. M. (1988). Intrusive thoughts and obsessional disorders. In D. Glasgow & N. Eisenberg (Eds.), *Current issues in clinical psychology* (Vol. 4). London: Gower.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37(1), 529-552.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behavior Research and Therapy*, 22(5), 549-552.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1996). Domains of cognitive interference. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 139-152). Mahwah, NJ: Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Shams, G., & Sadeghi, M. (2006). New achievement in cognitive aspects of OCD. *Persian Journal of Cognitive Sciences*, 22, 71-85.
- Tata, P. (1989). *Stress-induced intrusive thoughts and cognitive bias*. Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, UK.
- Wang, A., Clark, D. A., & Purdon, C. (2003). *Frequency and effort of mental control over unwanted cognitions*. Poster presented at the annual conference of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Wells, A., & Morrison, A. P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 32(8), 867-870.
- Yee, P. L., & Vaughan, J. (1996). Integrating cognitive, personality, and social approaches to cognitive interference and distractibility. *Theories, methods and findings* (pp. 77-97). Mahwah, NJ: Erlbaum.